

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2014

Johanna Kujala ja Elina Mäki

NEUROLOGISEN AVOPOTILAAN OHJAUSMENETELMÄT SALON ALUESAIRAALASSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyö | Hoitotyö

Syyskuu 2014 | 37+5

Nikunen Sirpa ja Pelander Tiina

Johanna Kujala ja Elina Mäki

NEUROLOGISEN AVOPOTILAAN OHJAUSMENETELMÄT SALON ALUESAIRAALASSA

Tämä tutkimus on osa Hoi-Pro hankkeen potilasohjaus-osatehtävää. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun Ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työkäiset (18- 64 vuotiaat) neurologiset avopotilaat saavat tarvitsensa ohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoilla he haluaisivat sitä saada. Tavoiteena on kehittää Salon aluesairaalan neurologisten avopotilaiden potilasohjausta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena Salon aluesairaalan neurologian poliklinikalla asioiville potilaille (n=20) helmikuussa 2014.

Tutkimuksen tulosten perusteella potilaat olivat eniten saaneet tietoa sairaudestaan internetin hakukoneiden kautta ja terveydenhuollonyksiköistä suullisella ja kirjallisella yksilöohjauksella. Potilaat haluaisivat eniten saada tietoa suullisesti terveydenhuollon yksiköstä. Vähiten haluttiin ohjausta ryhmässä ja sähköpostilla. Tutkimuksen perusteella potilaat haluavat jatkossakin ohjausta perinteisesti yksilöllisesti sekä suullisesti että kirjallisesti.

Tutkimuksen tuloksien mukaan potilasohjausta voitaisiin kehittää esimerkiksi siten, että järjestettäisiin enemmän aikaa potilaalle ja hoitajalle poliklinikka käynneillä ja pitäisi panostaa enemmän myös kirjallisiin ohjeisiin.

ASIASANAT:

Neurologia, avopotilas, potilasohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing| Nursing

September 2014| 37+5

Nikunen Sirpa and Pelander Tiina

Johanna Kujala ja Elina Mäki

GUIDANCE METHODS OF NEUROLOGICAL OUTPATIENT AT SALO REGIONAL HOSPITAL

This study is a part of the Hoi-Pro –program (patient guidance assignment). The Tulevaisuuden sairaala (Hospital of Tomorrow) –advanced project 2009-2015 (Hoi-Pro) is a joint project between the hospital district of southwest Finland (VSSHP) and the Turku University of Applied Sciences (Turku AMK).

The aim of the study was to find out how the working-aged neurological outpatients (aged between 18 and 64 years) at the Salo regional hospital are receiving the guidance they need to treat their condition and the ways in which they would like to receive guidance. The aim is to improve the guidance of neurological outpatients at the Salo regional hospital. The study was conducted as a questionnaire to patients in the neurological clinic of Salo regional hospital (n=20) in February 2014.

The study concluded that the patients had received most information about their condition via internet searches, in writing and oral info from healthcare units. The patients themselves wanted to receive primarily oral information from healthcare units and secondarily written information and guidance from healthcare units. The least favorable options were receiving group guidance and receiving information by email. The study concluded that patients wish to continue receiving guidance privately both orally and in written format.

According to the findings of the study, the patient guidance could best be improved by organizing more time between patients and nurses during dispensary outpatient clinic visits, and also by improving the written information packets.

KEYWORDS:

Neurology, patient guidance, out patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 NEUROLOGINEN POTILAS	6
3 AVOHOITOPOTILAAN OHJAUS	11
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	15
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	16
6 TULOKSET	21
6.1 Vastaajien käyttämät tiedonhakumenetelmät	22
6.2 Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät	24
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	26
8 POHDINTA	30
LÄHTEET	33

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Tutkimuslupa
- Liite 5. Henkilökunnan tiedote

KUVIOT

Kuvio 1 Vastaajien ikäjakauma (n=20).	21
---------------------------------------	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Vastaajien koulutus (n=20)	21
Taulukko 2. Vastaajien tiedonhakumenetelmät internetistä.	22
Taulukko 3. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollon yksiköstä.	23
Taulukko 4. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät internetissä.	24
Taulukko 5. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollon yksiköistä.	25

1 JOHDANTO

Neurologisilla potilailla tarkoitetaan esimerkiksi potilaita, jotka sairastavat dementia, epilepsiaa, MS-tautia, Parkinsonintautia, migreeniä tai ovat sairastaneet aivoinfarktin tai aivoverenvuodon. Myös erilaisista keskushermoston kasvaimista tai –tulehduksista kärsivät potilaat luetaan neurologisiksi potilaiksi. (Hermanson 2012.)

Potilasohjaus määritellään potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaan vuorovaikutussuhteessa rakentuvaan aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Laadukas potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää sekä sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin, kuten ikään, motivaatioon ja arvoihin. Taustatekijät tuovat perustan vaikuttavan potilasohjauksen onnistumiselle. Potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovaikutussuhteessa on keskeistä kannustaa potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. (Kääriäinen 2007.)

Tämä tutkimus on osa Hoi-Pro hankkeen potilasohjaus-osatehtävää. Tulevaisuuden sairaala –Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turku AMK) yhteinen projekti. (Kummel ym.2012.) Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työikäiset (18-64 –vuotiaat) neurologiset avopotilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoilla he haluaisivat sitä saada. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan neurologisten avopotilaiden potilasohjauksen menetelmiä.

2 NEUROLOGINEN POTILAS

Neurologia on hermotautioppi, joka tutkii keskus- ja ääreishermoston sairauksia. Tällaisia ovat esimerkiksi MS-tauti, Parkinsonin tauti, epilepsia, päänsärky sekä erilaiset aivo- ja selkäydin vammat. Neurologisten sairauksien varsinaista perussyytä ei tunneta eikä niihin sen vuoksi ole parantavaa hoitoa. Erilaisten oireita lievittävien hoitojen avulla pystytään kuitenkin merkittävästi helpottamaan potilaiden elämää. (Hermanson 2012.)

MS-tauti eli Multippeliskleroosi on kesushermoston hermosoluja vahingoittava krooninen neurologinen sairaus. Keskushermostoon syntyy pesäkekovettumia, jonka seurauksena tauti on saanut nimen pesäkekovettumatauti. Tauti puhkeaa yleensä noin 20-40 vuoden iässä ja on naisilla yleisempää kuin miehillä. Tauti etenee eri ihmisillä eritavoin, eikä sen etenemistä voida ennustaa. MS-tautia tällä hetkellä sairastaa noin 7000 suomalaista. (MS-tauti:Käypähoito –suositus 2012.)

Yleisin MS-taudin muoto on aaltomaisesti etenevä, jolloin pahenemisvaiheiden välillä potilaan vointi pysyy vakaana. Pahenemisvaiheessa ilmaantuu uusi neurologinen oireisto tai vanha oire äkillisesti pahenee. Suurimmalla osalla potilaista tauti muuttuu jossakin vaiheessa toissijaisesti eteneväksi, jolloin toimintakyky heikkenee riippumatta pahenemisvaiheiden etenemisestä. Harvinaisempi muoto taudista on ensisijaisesti etenevä, jolloin oireisto etenee taudin alusta lähtien ilman pahenemisvaiheita. (MS-tauti:Käypähoito –suositus 2012.)

Taudin oireita ovat muumuassa huimaus, kaksoiskuvat, virtsarakon ja suolen toimintahäiriöt, raajojen lihasheikkous ja spastisuus, tuntopuutokset, raajakoordinaation häiriöt sekä kävelyvaikeudet ja tasapainohäiriöt. Oireet riippuvat siitä, missä kohtaa keskushermostoa tulehduspesäke sijaitsee. (MS-tauti:Käypähoito –suositus 2012.)

MS-taudin diagnoosin tekemiseksi on useamman ehdon täytyttävä. Sopivan oireiston lisäksi tehdään magneettikuvaus ja tarvittaessa tutkitaan selkäydinneste. Magneettikuvauksessa nähdään tulehdusmuutosten aiheuttaman pesäkkeet ja selkäydinnäytteen perusteella nähdään onko MS-tautiin kuuluva keskushermoston puolustusaktiivisuus lisääntynyt. Ennen diagnoosin vahvistusta on suljettava pois muiden keskushermoston tautien mahdollisuus. (MS-tauti: Käypähoito –suositus 2012.)

Tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta sen etenemiseen pystytään kuitenkin jonkin verran vaikuttamaan. Yleisin hoito on pistohoito. Potilas voi toteuttaa pistoshoidon kotona itsenäisesti. Pistoksia annetaan joko ihonalle tai lihakseen ja ne hidastavat taudin kulkua. Ensisijaisesti vaikuttavina aineina käytetään joko beetainterferonia (AVONEX®) tai glatirameeriasetaattia (COPAXONE®). Edellämainitut lääkkeet ovat turvallisia ja niistä on paljon tutkittua tietoa. Beetainterferoni vaikuttaa biologisesti sitoutumalla tiettyihin reseptoreihin potilaan solujen pinnalla. Glatirameeriasetaatin vaikutusmekanismista ei täysin tunneta, mutta arvellaan, että se modifioi immuuniprosesseja, joiden tällä hetkellä tiedetään olevan syynä MS-tautiin. (MS-tauti: Käypähoito –suositus 2012.) Jos pahenemisvaiheessa liikunta- tai toimintakyky selvästi heikkenee, annetaan suuri annoksen kortisonihoito joko infuusiona laskimoon tai oraalisesti tablettina. Tulehduksen altistavat pahenemisvaiheille, joten bakteeri tulehdusten hyvä hoito kuuluu tärkeänä osana MS-taudin hoitoon. Tärkeä osa itsehoitoa on myös liikunta, joka ylläpitää lihaskuntoa ja tasapainoa. (Ruutiainen & Tienari 2006, 379-394.)

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä neurologinen liikehäiriösairus. Tavallisesti tauti puhkeaa 50-70 vuoden iässä ja miesten sairastuminen on hieman korkeampi kuin naisten. Noin 10 000 ihmistä Suomessa sairastaa Parkinsonin tautia. (Suomen Parkinson-liitto Ry 2013.)

Parkinsonin taudin pääoireita ovat liikkeiden hidastuminen, levossa esiintyvä vapina sekä lihasjäykkyys. Oireet tulevat usein kuukausien tai vuosien kuluessa hitaasti ja tyypillisesti esiintyvät alkuvaiheessa toispuoleisesti. Parkinsonin taudin edetessä oireet tulevat yleensä molemmiin puoleisiksi ja voimistuvat

entisestään. Liikkeiden hidastuminen ilmenee liikkeelle lähdön hitautena ja esimerkiksi tuolilta ylös noustetta. Rigiditeetti eli lihasjäykkyys ilmenee usein hienomotorisissa toiminnoissa, kuten kirjoittamisessa. Kirjoitettu teksti voi olla vaikeasti ymmärrettävää ja kirjain koko pientä. Lihasjäykkyys voi ilmetä myös kasvojen ilmeettömyytenä. Pitkälle edenneessä taudissa voi esiintyä myös kaatuilua, sillä tasapiano- ja asennonsäätelyjärjestelmä rappeutuu. Vapinaa esiintyy yleensä yläraajoissa potilaan ollessa levossa ja yleensä lievittyvät, kun tahdonalaisia liikkeitä suoritetaan. (Atula 2013.)

Parkinsonin taudin tiedetään johtuvan keskiaivojen alueen hermosolujen hitaasta tuhoutumisesta. Syytä tähän hermosolujen tuhoutumiseen ei tiedetä. Parkinsonin tauti on todennäköinen potilaalla, joilla on vähintään kaksi kolmesta mainitusta pääoireesta. Usein diagnoosi tehdään pelkän oirekuvan perusteella, sillä verikokeissa ei näy Parkinsonin taudille ominaisia muutoksia. Joskus diagnosoinnin tukena käytetään aivojen isotooppikuvausta, jolla saadaan tietoja aivojen dopamiini-välittäjäaineesta, joka Parkinsonin taudissa vähenee toispuoleisesti. Potilas ei voi oikeastaan vaikuttaa elintavoillaa taudin etenemiseen, mutta liikunnalla voidaan ehkäistä taudista syntyviä haittoja. Myöskään tällä hetkellä ei tiedetä keinoja, joilla voitaisiin ehkäistä taudin syntyä. (Atula 2013.)

Parkinsonin tautiin on käytettävissä paljon erilaisia lääkkeitä, joilla pyritään lievittämään oireita, sillä parantavaa hoitoa ei ole. Lääkehoito aloitetaan pienimmällä tarkoituksenmukaisimmalla annoksella, jolloin ehkäistään lääkkeitä tulevia sivuvaikutuksia, kuten pakko liikkeitä ja harhoja. Yleisimmin käytetty lääke on levodopa, joka livää aivojen dopamiini pitoisuutta. Vaikeista oireista kärsiville potilaille on myös muutama kirurginen operaatio käytettävissä oireiden lievittämiseen. (Parkinsonin tauti: Käypähoito –suositus 2010.)

Epilepsia on melko harvinainen suomalaisten keskuudessa, sillä sitä sairastavaa suomalaisista vain alle prosentti. Sairaus on yleisempi miehillä kuin naisilla (Atula 2013.) Epilepsiaa kuvitellaan olevan vähemmän, koska ne sairastajat, jotka lääkkeillä pystytään pitämään kohtauksettomina, harvoin puhuvat sairaudestaan. Epilepsia ei sinänsä rajoita normaalia elämää, mutta

ennakkoluulot ja asenteet sairautta kohtaan saattavat aiheuttaa turhaa painolastia. (Kälviäinen 2010,5.)

Epilepsiaan on monia syitä, usein kuitenkin syy on tuntematon. Tunnettuja syitä ovat muunmuassa kallovamman jälkitila, synnytyksen aikainen aivovaurio, aivoverenkierronhäiriön jälkitila, keskushermoston tulehduksen jälkitila sekä aivokasvain. (Atula 2013.)

Epileptisessä kohtauksessa aivotoiminnassa tapahtuu poikkeavan purkauksellisen aivosähkötoiminnan seurauksena ohimenevä häiriö. Purkauksen sijainnista riippuu kohtauksen aikaiset potilaalle tulevat oireet. Yleisempiä oireita ovat tajunnan häiriöt, kouristelu, aistihäiriöt ja käyttäytymisen häiriöt. (Kälviäinen 2010,5.) Joissakin tapauksissa oireet ovat vaikea yhdistää epileptiseen kohtaukseen. Yleensä kohtaus menee ohi muutamassa minuutissa, mutta kohtauksesta johtuva jälkiväsymys voi kestää useita tunteja. (Atula 2013.) Stressin, runsaan valvominen, alkoholin tai joidenkin lääkeaineiden käytön seurauksena kuka tahansa voi saada epileptisen kohtauksen kertaluontoisesti. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kyseinen henkilö sairastaa epilepsiaa. Epilepsia diagnoosiin vaaditaan taipumus saada toistuvasti kohtauksia ilman erityisiä altistavia tekijöitä. Vaikka oireet olisivat rajut, voi esimerkiksi aivosähkökäyrä olla normaali. (Kälviäinen 2010,5.)

Epilepsia lääkkeiden tarkoituksena on estää kouristuskohtausten uusiutuminen. Noin puolella yhden kohtauksen saaneille ei lääkitystä aloiteta, koska kohtaus ei uusiudu. Jos vuodessa tulee kaksi tai useampi kohtaus, on lääkitys aiheellista aloittaa. Yli puolessa tapauksista lääkityksellä saadaan kohtaukset pysymään poissa tai kohtauksia tulee vain harvoin. Lääkitys valitaan yksilöllisesti ja lääkkeitä onkin useita eri mekanismein vaikuttavia. Jos kohtauksia ei ole ollut useaan vuoteen, voidaan lääkitys mahdollisesti lopettaa kokonaan. Lääkkeiden lopetus lisää kuitenkin kohtausriskiä, mikäli lopetus tapahtuu nopeasti, eli lopetus on tehtävä riittävän hitaasti. (Atula 2013.)

Epilepsian synty voi itse osin vaikuttaa esimerkiksi välttämättä kallovammoja. Runsasta alkoholin käyttöä tulisi välttää ja verensokeritaso pitää tasaisena.

Suurimpaan osaan epilepsian syistä ei kuitenkaan itse pysty vaikuttavamaan. Elämäntapa valinnoilla voidaan osin välttää kohtausten syntyä. Säännölliset ruokailu- ja unirytmit ovat tärkeitä. (Atula 2013.)

Migreeni on sairaus, joka aiheuttaa kohtauksellista verisuoniperäistä päänsärkyä. Migreeni johtuu aivorungos tumakkeissa olevasta häiriöstä. Migreeni on periytyvä sairaus ja sen syntyyn vaikuttavat geeniperimä sekä ympäristötekijät, joista yleisin on stressi. Karkeasti migreeniä esiintyy yhdellä kymmenestä aikuisesta sekä hieman enemmän naisilla kuin miehillä. Myös lapset voivat sairastaa migreeniä. (Migreeni: Käypähoito –suositus 2008.)

Migreenikohtaukset voidaan oirekuvan perusteella jakaa kahteen ryhmään; auralliseen ja aurattomaan. Aurallisessa migreenissä on ennen varsinaista päänsärkyä esioireita eli aura. Esioireita voivat olla esimerkiksi näköhäiriöt, puutuminen, puheentuoton vaikeus ja lihasheikkous. Aurattomassa migreenissä päänsärky tulee ilman esioireita. Migreeniin liittyy myös muita oireita, kuten pahoinvointi, oksentelu, silmien valonarkuus ja huimaus. Päänsärky voi olla koko päässä tai vain toispuoleisesti ja on usein sykkivää. Joillakin potilailla fyysinen aktiivisuus voi pahentaa päänsärkyä. (Migreeni: Käypähoito –suositus 2008.)

Migreenin hoitoon käytetään lääkkeitä, parantavaa hoitoa ei ole. Lieviin päänsärky kohtauksiin käytetään useimmiten tulehduskipulääkkeitä ja joskus siihen yhdistetään metoklopramidi, joka helpottaa pahoinvointia. Vaikeissa päänsärky kohtauksissa voidaan käyttää triptania, jota voidaan käyttää tulehduskipulääkkeen kanssa yhdessä. Tärkein asia migreenikohtauksen hoidolle on se, että otetaan heti riittävän suuri annos lääkettä. Potilailla, joilla on useita kohtauksia kuukaudessa ja migreeni vaikeuttaa elämää voidaan aloittaa estolääkitys. (Migreeni: Käypähoito –suositus 2008.)

Migreenin hoidossa itsehoito on avainasemassa. Potilaan pitäisi pyrkiä välttämään laukaisevia tekijöitä ja ottaa riittävän suuri määrä lääkettä kohtauksen tullessa. Hyvä potilasohjaus vähentää migreenikohtauksien esiintyvyyttä. (Migreeni: Käypähoito –suositus 2008.)

3 AVOHOITOPOTILAAN OHJAUS

Jokaisella potilaalla on oikeus ohjaukseen sekä jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus antaa sitä. Avopotilaan ohjaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska potilaan ainut hoitokontakti saattaa olla poliklinikka, jossa potilas asioi. Potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista ja asioista, jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. On tärkeää selvittää potilaan taustat, sillä muuten jokaista potilasta ohjattaisiin samalla kaavalla eikä se palvelisi potilaita eikä voida puhua potilaslähtöisesti potilasohjauksesta. (Hintikka 2012.) Laitoksissa ja osastoilla potilasohjaukseen panostetaan eniten silloin, kun potilaalle ohjataan jotain hoitotoimenpiteitä, jota hänen tulee itse suorittaa kotona. (Pekkarinen 2007.)

Potilaat voivat saada monella eritavalla. Jokainen kokee yksilöllisesti sen, mikä ohjausmenetelmä on parhain ja millä tavalla parhaiten saa tarvitsemansa tiedon sairaudestaan. Suomessa potilaat voivat saada ohjausta esimerkiksi hoitajalta tai lääkäriltä suullisesti ja kirjallisesti, internetistä erilaisilta sivuilta, kuten potilasyhdistysten sivuilta ja erilaisista hakukoneista, terveystaaleista. Ohjausta voi nykyään saada myös sähköpostitse, puhelimitse sekä koko ajan yleistyvistä vertaistukiryhmistä. Kaikissa edellä olevista ohjausmenetelmissä pyritään huomioimaan myös potilaan omaiset. (Lipponen ym.2006.)

Suullinen potilasohjaus on sanallista ja sanatonta viestintää. Ohjauksen tavoitteena on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelun samalla tavalla sekä puhuvat samaa kieltä ja tällä tavoin saavuttavat yhteisymmärryksen. Yhteisymmärrys aina aina kuitenkin synny. Suullisessa potilasohjauksessa on kiinnitettävä huomiota selkeyteen ja yksiselitteisyyteen sekä äänenpainoon sekä muuhun elekieleen. Ylipuolet suullisessa potilasohjauksessa on sanatonta viestintää ilmeiden ja eleiden kautta. Suullista potilasohjausta voidaan antaa yksilöllisesti sekä ryhmässä ja apuna voidaan käyttää erilaisia oheismateriaaleja. (Eloranta & Virkki 2011, 12-13.)

Yksilöohjaus käytetään yleisimmin sairaaloissa ja on hyvä potilasohjauksen muoto, kun potilaalla on tiedollisia vajauksia esimerkiksi sairauden vuoksi. Ryhmäohjaus on toiseksi yleisin ohjauksen muoto ja sitä voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjauksen avulla voidaan saavuttaa parempi tulos kuin yksilöohjauksella. Suureen rooliin tässä tulee ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus. Ryhmällä pitää olla yhteinen tavoite, jotta voidaan käyttää tehokkaasti ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus on myös taloudellisempaa, kun tietoa voidaan jakaa isommalle ryhmälle. (Eloranta & Virkki 2011, 15-16.)

Kirjallista potilasohjausta kannattaa käyttää hyödyksi silloin, kuin aikaa suulliselle ohjaukselle on vähän. Muutenkin myös suullisen ohjauksen tueksi kannattaa käyttää kirjallista potilasohjausta, sillä yleensä potilas ei voi sisäistää kaikkea kuulemaansa. Kirjallisista ohjeista voi kuulemaansa pohtia vielä kotona. (Eloranta & Virkki 2011, 16)

Puhelinohjauksella hoitohenkilökunta voi antaa tietoa puhelimen välityksellä joko soittamalla tai tekstiviesteillä. Puhelinohjauksen ansiosta moni asia voidaan hoitaa ilman lääkärissä käyntiä. Puhelinohjaus vaatii yhä huolellista suunnittelua ja arviointia kuin mikä tahansa muu ohjaustapa. Puhelinohjaukseen liittyy myös tietosuoja- ja vastuukysymyksiä. Potilas voi saada ohjausta myös sähköpostin avulla, joka on myös tehokas ja taloudellinen tapa antaa potilaille tietoja ja ohjeita. Nykypäivänä entistä enemmän tietokoneet, internetit ja sitä kautta myös sähköpostit ja niiden käyttö on lisääntynyt. Sähköpostiohjauksessa hoitohenkilökunnan pitää varmistua siitä, että potilaat käyvät sähköpostissansa ja lukevat tiedotteet. (Eloranta & Virkki 2011, 17-18.)

Internetin käyttö potilasohjauksessa on lisääntynyt nykyään. Etuina ovat potilaiden mieltä terveystiedon etsinnän yksityisyys, ympärivuorokautinen saatavuus, sopivuus myös ujoille ja estyneille potilaille, jotka jännittävät kasvoikkain ja puhelimitse tapahtuvaa kontaktia sekä vapaus hakea eri tasoista ja tyyppistä tietoa. (Eloranta & Virkki 2011,20.)

Stenbäck (2005) on tutkinut neurologisen potilaan ohjausta hoitohenkilöstön (n=33), potilaan (n=36) ja omaisen (n=25) arvioimana. Hoitohenkilöstön tiedolliset ja taidolliset valmiudet olivat hyvät niin hoitohenkilöstön kuin potilaiden ja omaistenkin arvioimana. Ohjausta arvioitiin riittäväksi ja tärkeäksi. Tyytymättömmimpiä potilaat ja omaiset olivat sosiaalityönsuhteiden ja kuntoutuksen ohjauksessa. Ohjaukseen oli käytössä liian vähän aikaa ja henkilökuntaa. Kirjallista ohjausta pidettiin tärkeänä. (Stenbäck 2005.)

Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006) ovat tutkineet kehittämishankkeena potilasohjauksen haasteita ja käytännössä sovellettavia ohjausmalleja. He tutkivat potilaiden (n=920), omaisten (n=430) ja hoitohenkilökunnan (n=1024) käsityksiä ohjauksesta. Kehittämishaasteiksi nousivat ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaistenohjaus, demonstrointi sekä kirjallinen-, puhelin- ja ryhmäohjaus. (Lipponen ym. 2006.)

Iivarinen ja Kokkinen (2008) selvittivät tutkimuksessaan aivoverenkiertohäiriöstä kärsivien potilaiden (n=62) kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tutkimukseen mukaan ohjauksen haasteet liittyivät erityisesti hoidon jatkuvuuteen. Kaikille ei ollut selvää, mihin otetaan yhteyttä, kun kotona tulee ongelmia ja erilaisista kuntoutusmenetelmistä kaivattiin lisää tietoa. (Iivarinen & Kokkinen 2008.)

Jylhä (2007) tutki Etelä-Savon sairaanhoitopiirin asukkaille osoitetussa Hyvis – internet portaalia ja sen ohjauspalvelun käyttöä ja vaikutuksia. Hyvis – internet portaali on verkossa toimiva informaatiota antava sivusto, josta potilaat sekä heidän omaiset voivat käydä hakemassa luotettavaa tietoa ja saada ohjausta sähköisesti. Palvelun on todettu auttavan asiakkaita ja olevan hyvä lisä palvelujärjestelmään. (Jylhä 2007.)

Turun Ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteisen projektin Hoi-Peo hankkeen potilasohjaus –osatehtäviä on tehty jo aiemmin kyselytutkimuksen avulla diabetespotilaille (Kakko & Virta 2013), reumapotilaille (Aaltonen & Jantunen 2013), sydänpotilaille (Malmi & Virtanen 2013) sekä gastroenterologisille potilaille (Lassila & Mäkinen 2013). Tutkimuksissa pyrittiin

saamaan vastaus siihen minkälaista ohjausta potilaat ovat saaneet ja minkälaista ohjausta ohjausta jatkossa haluttaisiin. Kolmen tutkimuksen tulosten keskiarvojen perusteella potilaat haluavat ohjausta eniten suullisesti ja kirjallisesti yksilöohjauksena. Sähköisesti annettava potilasohaus esimerkiksi sähköpostin muodossa koettiin melko hyvänä vaihtoehtona. (Kakko & Virta 2013; Aaltonen & Jantunen 2013; Malmi & Virtanen 2013; Lassila & Mäkinen 2013.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työkäiset (18-64 –vuotiaat) neurologiset avopotilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoin he haluaisivat sitä saada. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan neurologisten avopotilaiden potilasohjauksen menetelmiä.

Tutkimusongelmat:

1. Miten Salon aluesairaalan neurologiset avopotilaat saavat tietoa sairaudestaan?
2. Millä tavoin Salon aluesairaalan neurologiset potilaat haluaisivat saada tietoa sairaudestaan?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Ohjaus on keskeinen osa potilastyötä. Potilasohjauksella on kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006.) Potilasohjaus kuuluu ammatilliseen osaamiseen ja on osa kaikkien terveydenhuolto sektorilla toimivien ammatillista toimintaa. Avoterveydenhuollon peruspalvelujen avulla potilaita ohjataan ottamaan vastuuta terveydestään, terveellisistä elintavoista sekä ehkäisemään sairauksia. Potilaille tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta he luovat kuitenkin valinnoillaan itse oman elämänsä. Ohjauksen laadun näkökulmasta on ongelmallista, että sen laatua ei ole yleensä määriteltä yksityiskohtaisesti eikä sen laadusta ole yksittäisiä hyväksytyjä kriteerejä. Ohjaukselle on kansainvälisellä tasolla laadittu laatustandardeja, mutta niitä ei ole kuitenkaan järjestelmällisesti toteutettu tai sisäistetty. (Kääriäinen 2007.)

Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turku AMK) yhteinen projekti. (Kummel ym. 2012). Tämä opinnäytetyö on osa Hoi-Pro hankkeen potilasohjaus –osatehtävää. Aiheen valintaa vaikutti muun muassa Stenbäckin (2005) tutkimus, jonka mukaan ohjaukseen oli käytössä liian vähän aikaa ja henkilökuntaa. Toimeksiantosopimus (Liite1) on tehty Salon aluesairaalan kanssa.

Survey –tutkimus on tutkimustyyppi, jossa aineistoa kerätään haastattelun, havainnoinnin tai kyselyn avulla standardoidusti määritellyltä tutkimusjoukolta. Kyselytutkimus on yksi survey-tutkimuksen laji, jolla voidaan kerätä aineistoa tutkittavasta ilmiöstä. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla on mahdollista kerta tietyt kriteetit täyttävältä joukolta laajaa tietoa tehokkaasti ennalta laadituilla kysymyksillä. Kyselytutkimusta käytettäessä voidaan huomioida aineiston keruuseen kuluva aika ja kustannukset etukäteen. Kyselytutkimuksen heikkouksina voidaan pitää aineiston pinnallisuutta ja vaatimattomuutta sekä vastaajiin liittyviä häirtatekijöitä, kuten vastaajien suhtautuminen kyselylomakkeen täyttöön tai vastaajien perehtyneisyys aihealueeseen. Kyselylomakkeeseen liittyviä haittoja ovat sen suunnitteluun

kuluva aika ja kysymysten laatu. Kyselytutkimuksella tavoitellaan siis suurelta joukolta yleistettävää tietoa. (Hirsjärvi ym 2013, 134, 193-194, 197-200.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, sillä sen avulla on mahdollista saada lyhyessä ajassa suuri määrä vastauksia tutkimusongelmiin. Kyselylomake (Liite 2) sisältää kolme taustakysymystä (kysymykset 1-3), joilla selvitetään vastaajan sukupuolta, ikää ja koulutustasoa. Väittämien 4-16 avulla pyritään saamaan tietoa tutkimusongelmaan yksi eli millä tavoin vastaaja on saanut potilasohjausta ja väittämillä 17-29 tutkimusongelmaan kaksi eli millä tavoin potilaat haluaisivat potilasohjausta saada. Lomakkeen lopussa on yksi avoin kysymys, jossa vastaajaa pyydetään kertomaan, millä muilla kun kyselyssä mainituilla tavoilla hän haluaisi saada tietoa sairaudestaan. Kyselylomakkeessa vastaajia teititellään tekstiosuuksissa ja lopussa osallistujaa kiitetään osallistumisesta ja kyselylomakkeen alareunaan on lisätty opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, jos kysymyksiä ilmenee.

Likert –asteikko on eräs kysymysten ja vastausten esittämistapa, jolla voidaan tehdä kyselytutkimuksen kyselylomake. Likert –asteikko mittaa asenteita ja käyttäytymistä ääripäästä toiseen olevilla vastausvaihtoehdoilla. Likert –asteikolla voidaan mitata mielipiteiden eri asteita. Tämä voi olla erityisen hyödyllistä arkaluontoisissa tai vaikeissa aiheissa, kuten potilaaseen itseensä vaikuttavissa kysymyksissä. Vastaukset auttavat tunnistamaan parannusta kaipaavia alueita. (Hirsjärvi ym 2013, 134, 193-194, 197-200.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa on 29 väittämää, johon vastataan 5 portaisen Likert- asteikon vaihtoehdoilla. (1= Ei lainkaan, 2= vähän, 3=melko paljon, 4= paljon, 5= erittäin paljon.) Tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta on käytetty tämän hankkeen muissa tutkimuksissa; gastroenterologisilla potilailla (Lassila & Mäkinen 2013), diabetespotilailla (Kakko & Virta 2013), kardiologisilla potilalla (Malmi & Virtanen) sekä reumapotilailla (Aaltonen & Jantunen 2013). Kyselylomake on pyritty muotoilemaan yksinkertaiseksi ja selkeäksi rakenteeltaan, jotta se houkuttelisi potilaita vastaamaan

Saatekirjeen tulee olla lyhyt, korkeintaan sivun mittainen. Saatekirjeessä tulee vastaajalle ilmi tutkimuksen taustat ja ohjeet vastaamiseen. Kirjoitusasu ja sanavalintojen tulee olla sellaiset, että ne motivoivat vastaamaan kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.) Saatekirjeessä pitää olla selkeästi löydettävissä tutkimuksen toteuttajien yhteystiedot. Saatekirjeessä tulee ilmetä, miten ja mihin tutkimustietoa käytetään sekä mihin mennessä kyselyyn pitää vastata ja miten se palautetaan. On hyvä kertoa kyselyyn vastaamiseen kuluva aika, jos kyseessä on pidempi kysely. Saatekirjeessä tulee myös mainita kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että tiedot ovat täysin luottamuksellisia eikä vastaajien tiedot tule missään vaiheessa ilmi. Saatekirjeen lähettäjän tulee kertoa, kuinka tärkeää tutkimuksen kannalta on vastata kyselyyn. Lopuksi tulee kiittää vaivannäöstä ja allekirjoittaa kirje. (Hirsjärvi ym. 2007, 199; KvantiMOTV 2011.)

Jokainen kyselylomakkeen saaja sai saatekirjeen (Liite3), sillä kyselylomake ja saatekirje olivat samassa avonaisessa kirjekuoressa. Saatekirjeessä kävi ilmi tutkimuksen ja tutkijoiden perustiedot. Saatekirjeestä kävi myös ilmi, että tutkimustehdään yhdessä Turun ammattikorkeakoulun sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa ja kyselyyn vastaaminen tapahtuu poliklinikkalla asioidessa. Saatekirjeessä oli myös maininta siitä, kuinka tärkeää potilaan vastaus on tutkimukselle. Saatekirjeestä löytyi myös osallistumiskriteerit. Kyselyyn voi osallistua kaikki työikäiset (18-64 –vuotiaat) suomenkieliset vastaamaan kykenevät. Vastaamaan kykenevä potilas tiedostaa mihin vastaa ja pystyy sisäistämään kysymykset.

Tutkimusluvan (Liite 4) saamisen jälkeen oltiin yhteydessä Salon aluesairaalan yhteyshenkilöön, jonka kanssa sovittiin kyselylomakkeiden jakelun suorittamisesta ja henkilökunnan tiedottamisesta. Avonaiset kyselylomakkeen ja saatekirjeen sisältävät kirjekuoret hoitajat antoivat vastaajille.

Ennen tutkimuksen aloittamista henkilökunnalle annettiin tiedote (Liite 5), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Tiedotteessa ilme ohjeet, joiden perusteella kyselylomakkeet jaettiin sekä kyselyn toteutuksen aikataulu. Potilas sai kyselylomakkeen käydessä poliklinikkalla. Kyselyyn vastaaminen tapahtui

poliklinikalla ja vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa joka hoitajalle tai lääkärille. Henkilökunnan tiedote toimitettiin viikolla 3 neurologian poliklinikan hoitajalle. Kyselylomakkeita saatekirjeineen toimitettiin 30 kappaletta viikolla 4. Kyselylomake annettiin kaikille viikoilla 5-7 käyville kriteerit täyttävillä potilaille.

Henkilökunnalta meni aikaa kyselylomakkeen jakoon alle kolme minuuttia. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen, mikä kerrottiin vastaajille jaetussa saatekirjeessä. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, joten vastaajien henkilöllisyys ei missään vaiheessa paljastunut opinnäytetyön tekijöille. Myöskään poliklinikan henkilökunta ei tiennyt, kuka kyselyyn vastasi. Tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus koko tutkimusprosessin ajan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Kyselytutkiusta ei aiheutunut mitään kuluja tutkijoille, lukuun ottaen henkilökunnan ajankäyttöä. Kyselylomakkeen palautti 21 vastaajaa.

Aineistoja voidaan analysoida monilla eritavoilla. Yksi niistä on SPSS eli Statistical Package for Social Sciences, joka on monipuolinen ja kattava tilastollisen tietojen käsittelyn ohjelmisto, jonka avulla voidaan kuvata tavallisimmat tilastollisen analyysin tarpeet ja tehdä monia vaativimpiakin havainnointeja tieteellisistä tutkimuksista (Valtari 2006). Sisällönanalyysissä aineistoa havainnoidaan eritellen, etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja sekä tiivistetään tekstiä ja yritetään löytää pääkohdat. Sisällönanalyysi on siis tekstianalyysia, jossa havainnoidaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai tekstimuotoon muutettuja aineistoja. Keskiarvo on joukon jäsenten summa jaettuna sen jäsenten lukumäärällä. Frekvenssi tarkoittaa esiintymis kertojen lukumäärää eli siitä pystytään katsomaan hajonta. (KvantiMOTV 2011.)

Tämän tutkimuksen tutkimusaineiston analyysissä käytettiin tilastollisia menetelmiä eli SPSS –ohjelmaa. Aineisto eli kyselylomakkeet tiedot luokiteltiin tilasto-ohjelman avulla havaintomatriisiksi, josta ohjelma laski erilaisia tunnuslukuja. Tunnuslukuina käytettiin keskiarvoa ja frekvenssiä. Väittämät analysointiin tilastollisesti ja avoin kysymys sisällön analyysillä.

Analyysia varten palautuis 21 kyselylomaketta, jotka tarkastettiin silmämääräisesti ennen tietojen syöttämistä ohjelmaan. Näistä 21 kyselylomakkeesta jouduttiin hylkäämään yksi, sillä hän ei ollut vastannut kyselylomakkeeseen, vaikka taustakysymyksiin oli vastattu. Palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä tietojen koneelle syöttämistä varten, jolloin lomakkeet saivat juoksevan numeron. Vastaajille asetetut valintakriteerit siis täytti 20 lomaketta, joiden tiedot syötettiin tilastoanalyysia varten ohjelmaan. Tallennetuista vastauksista laskettiin SPSS – ohjelman avulla eri muuttujien jakaumia eli luokiteltiin vastaajat iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan sekä vastaukset tutkimusongelmittain. Tuloksista muodostettiin taulukoita ja kuvioita, jotka esitellään opinnäytetyön tulososiossa.

Työ valmistui keväällä 2014 ja esitetään toukokuussa. Työ toimitetaan Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirille, Turun ammattikorkeakoululle sekä Salon aluesairaalan neurologian poliklinikalle.

6 TULOKSET

Puolet vastaajista ($f=10$) sijoittui 30-40 vuotiaiden ryhmään, neljäsosa vastaajista ($f=5$) sijoittui 41-50 ikävuoden välille. Vähiten vastaajista ($f=2$) sijoittui 20-30 vuotiaiden ryhmään. (Kuvio 1)



Kuvio 1 Vastaajien ikäjakauma ($n=20$).

Vastaajilla oli pääsääntöisesti kouluasteen- ($f=7$) tai opistoasteentutkinto ($f=8$). Vain harvalla ($f=3$) vastaajista oli korkeakoulututkinto ja vähiten ($f=2$) vastaajista ei ollut mitään ammatillista koulutusta. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajien koulutus ($n=20$)

Koulutus	Lukumäärä
Ei ammatillista koulutusta	2
Kouluasteen tutkinto	7
Opistoasteen tutkinto	8
Korkeakoulu tutkinto	3

6.1 Vastaajien käyttämät tiedonhakumenetelmät

Tutkimusongelmalla yksi haluttiin saada vastaus miten Salon aluesairaalan neurologiset avopotilaat saavat potilasohajusta. Ensin selvitettiin vastaajien tiedonhakumenetelmiä internetistä ja sitten tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollon yksiköistä.

Vastaajista kolmas osa ($f=7$) oli hakenut erittäin paljon tietoa internetin hakukoneista ja keskiarvoksi muodostui 3,25. Saman verran vastaajista ($f=7$) ei ollut käyttänyt lainkaan tai olivat käyttäneet vähän internetin hakukoneita. Vähiten käytettyjä menetelmiä olivat myös terveysportaalit, sosiaalinen media ja potilasyhdistysten web sivut. Vastaajista ($f=11$) suurin osa ei ollut lainkaan käyttänyt tiedonsaantimenetelminä potilasyhdistysten web sivuja ja keskiarvoksi muodostui 2,16. Melko paljon ($f=4$) vastaajat olivat saaneet tietoa keskustelupalstoista ja hajonta (SD) oli 1,23.

Taulukko 2. Vastaajien tiedonhakumenetelmät internetistä.

	<i>Ei lainkaan (1)</i>	<i>Vähän (2)</i>	<i>Melko paljon (3)</i>	<i>Paljon (4)</i>	<i>Erittäin paljon (5)</i>	<i>n</i>	<i>Ka</i>	<i>SD</i>
Hakukone	5	2	3	3	7	20	3,25	1,65
Keskustelupalsta	8	5	4	2	1	20	2,15	1,23
Terveysportaalit	10	3	3	1	2	19	2,05	1,39
Potilasyhdistykset (web)	11	1	2	3	2	19	2,16	1,54
Sosiaalinen media	10	5	1	3	1	20	2,00	1,30

Seuraavaksi tarkastelimme miten vastaajat ovat saaneet tietoa terveydenhuollon yksiköistä. Vastaajat olivat saaneet tietoa terveydenhuollon yksiköistä erittäin paljon yksillöisesti suullisesti (f=5), kirjallisesti (f=5) ja keskiarvoksi muodostui 3,47 ja 3,32. Melko paljon tietoa oli saatu suullisesti puhelimitse (f=6) ja keskiarvoksi muodostui 3,0. Vastaajista suurin osa (f=17) ei ollut lainkaan saanut ohjausta sähköpostilla, mutta kuitenkin vastaajista muutama (f=2) oli saanut vähän tietoa sairaudestaan sähköpostilla. Vastaajista valtaosa (f=12) ei ollut lainkaan saanut tietoa vertaistukiryhmiltä ja hajontakin (SD) oli suurinta 1,44.

Taulukko 3. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollon yksiköstä.

	<i>Ei lainkaan (1)</i>	<i>Vähän (2)</i>	<i>Melko paljon (3)</i>	<i>Paljon (4)</i>	<i>Erittäin paljon (5)</i>	<i>n</i>	<i>Ka</i>	<i>SD</i>
Yksillöllinen suullinen ohjaus	-	4	7	3	5	19	3,47	1,12
Kirjallinen materiaali	2	4	4	4	5	19	3,32	1,38
Ryhmäohjaus	14	3	2	-	-	19	1,37	0,68
Sähköposti	17	2	-	-	-	19	1,11	0,36
Puhelimitse, suullisesti	3	4	6	4	3	20	3,00	1,30
Puhelimitse, tekstiviesti	15	3	1	-	-	19	1,26	0,56
Potilas yhdistykset	15	3	-	1	-	19	1,32	0,75
Vertaistukiryhmät	12	2	-	1	2	17	1,76	1,44

6.2 Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät

Tutkimusongelmalla kaksi haluttiin saada tietoa siitä, miten Salon aluesairaalan neurologiset avopotilaat haluaisivat saada potilasohjausta internetistä ja terveydenhuollon yksiköistä. Ensin selvitettiin miten tietoa haluttaisiin internetistä tietoa ja sitten miten haluttaisiin tietoa terveydenhuollon yksiköistä.

Vastaajista puolet (f=9) toivoivat saavansa tietoa sairaudestaan erittäin paljon internetin hakukoneiden kautta ja keskiarvoksi muodostui 3,53. Melko paljon tietoa haluttiin (f=5) saada keskustelupalstoilta ja muutama vastaaja (f=4) halusi saada paljon tietoa potilasyhdistysten web sivuilta. Ketään vastaajista ei halunnut paljon tietoa sosiaalisesta mediasta, mutta erittäin paljon tietoa sosiaalisesta mediasta haluttiin (f=4) ja näin ollen hajonnaksi (SD) muodostui 1,61. Vastaajista suurin osa ei halunnut lainkaan tietoa sairaudestaan potilasyhdistysten web sivuilta (f=7), terveystaaleista (f=7) eikä sosiaalisesta mediasta (f=7).

Taulukko 4. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät internetissä.

	<i>Ei lainkaan (1)</i>	<i>Vähän (2)</i>	<i>Melko paljon (3)</i>	<i>Paljon (4)</i>	<i>Erittäin paljon (5)</i>	<i>n</i>	<i>Ka</i>	<i>SD</i>
Hakukone	4	2	2	2	9	19	3,53	1,68
Keskustelupalsta	5	4	5	1	3	18	2,61	1,42
Terveystaaleit	7	2	3	2	5	19	2,79	1,69
Potilasyhdistys (web)	7	2	3	4	3	19	2,68	1,57
Sosiaalinen media	8	4	2	-	4	18	2,33	1,61

Vastaajista suurin osa (f=10) toivoi erittäin paljon terveydenhuollon yksiköltä yksillölistä suullista potilasohjausta, keskiarvoksi muodostui 4,32 ja hajontaa (SD) oli vain 0,89. Vastaajista osa (f=6) toivoi erittäin paljon kirjallista materiaalia, osa (f=5) toivoi puhelin ohjausta suullisesti sekä osa (f=5) toivoi saavansa ohjausta vertaistukiryhmistä. Vastaajista hieman alle puolet (f=7) ei haluaisi lainkaan ohjausta tekstiviestitse ja keskiarvoksi muodostui 1,78 sekä hajonta (SD) oli vain 1,78. Vähiten (f=10) haluttiin tietoa puhelimitse tekstiviestillä ja keskiarvo oli vain 1,78.

Taulukko 5. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollon yksiköistä.

	<i>Ei lainkaan (1)</i>	<i>Vähän (2)</i>	<i>Melko paljon (3)</i>	<i>Paljon (4)</i>	<i>Erittäin paljon (5)</i>	<i>n</i>	<i>Ka</i>	<i>SD</i>
Yksilöllinen suullinen ohjaus	-	1	2	6	10	19	4,32	0,89
Kirjallinen materiaali	1	2	3	7	6	17	3,79	1,18
Sähköposti	4	5	3	4	1	17	2,24	1,35
Puhelin, suullinen	3	3	2	5	5	18	3,33	1,50
Puhelin, tekstiviesti	10	4	3	-	1	18	1,78	1,11
Potilas yhdistykset	6	2	4	3	3	18	2,72	1,53
Vertaistukiryhmät	7	3	2	3	5	20	2,80	1,67

Avoimeen kysymykseen vastasi vain yksi vastaaja. Vastaaja toivoi saavan potilasohjausta suoraan lääkäriltä.

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellistä tutkimusta tehdessä on toimittava annettuja ohjeita soveltaen. Jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, on sen tekemisessä toimittava rehellisesti. Tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimusten sekä niiden tulosten arvioinnissa on oltava erityisen huolellinen ja tarkka. Tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmiä. Tuloksia julkistaessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. Tutkimusta tehdessä tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia viittaamalla niihin asianmukaisella tavalla. (TENK 2012.) Eettisyyden merkitys korostuu etenkin terveys- ja hoitotieteessä, koska tutkittavat asiat liittyvät yleensä jotenkin ihmisiin. Ihmisarvon kunnioittaminen on lähtökohtana tutkimuksissa, jossa tutkitaan ihmisjoukkoa ja heidän mielipiteitään. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä ja vilppiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 23-27.)

Tässä tutkimuksessa eettisyys näkökohdat huomioitiin perehtymällä tutkittavaan asiaan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimusta tehdessä toimittiin soveltaen annettujen ohjeiden mukaisesti sekä rehellisesti. Aiheen valinnassa huomioitiin tutkimuksesta saatava tieto ja sen hyödyllisyys. Potilasohjaus on tulevaisuudessakin tärkeä asia. Tutkimuksesta saadut tulokset auttavat potilasohjauksen kehittämisessä ja resurssien kohdentamisessa, koska sairaalassaolajat lyhenevät niin potilasohjauksen tarve lisääntyy. Muiden tutkijoiden töitä kunnioitettiin ja viitattiin niihin asianmukaisella tavalla eikä vääristelty saamaamme teoria tietoa. Esimerkiksi tutkimuksessa käytettiin toisten tekemää kyselylomaketta ja se kerrottiin avoimesti milloin kyselylomaketta oltiin aiemmin käytetty ja missä tutkimuksissa. Tuloksien analysoinnin käytettiin nykypäiväisiä ja luotettavia arviointi menetelmiä. Tulokset esitettiin kuvion ja taulukoiden sekä tekstin muodossa ja se on tieteellisen tiedon esittämiselle tyypillistä. Ihmisarvoa kunnioitettiin koko tutkimuksen ajan, vastaaja sai itse päättää osallistuuko kyselyyn ja kyselyn sai päättää missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuksessa on osoitettava tarkasti, mitä tarkasteltava käsite tutkimuksessa tarkoittaa. Määrittelyn alkuvaiheessa perehdytään aiheeseen liittyviin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja muuhun aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Aiheesta käytävät keskustelut auttavat jäsentämään käsitettä, sen osa-alueita ja asiayhteyksiä. (KvantiMOTV 2011.) Ennen tutkimuksen aloittamista on hankittava tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimukseen osallistuvien osapuolten välisistä oikeuksista, tekijyyttä koskevista periaatteista, vastuista ja velvollisuuksista sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevista asioista sovitaan niin, että kaikki osapuolet ne hyväksyvät. Sopimuksia voidaan myöhemmin tarvittaessa tarkentaa. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on ensisijaisesti jokaisella tutkijalla ja tutkimusryhmän jäsenellä. Omalta osaltaan hyvän tieteellisen käytännön vaalimista voi edistää Suomessa toimivat tieteelliset seurat sekä tutkimusta rahoittavat tahot, esimerkiksi säätiöt, rahastot, Suomen Akatemia ja Tekes. (TENK 2012.)

Tässä tutkimuksessa osoitettiin tarkasti mitä neurologia tarkoittaa ja mitkä ovat tyypillisiä neurologisia potilaita. Neurologisiin potilaisiin perehdyttiin kirjallisuuskatsaus osiossa tarkemminkin ja kerrottiin neurologisista sairauksista, oireista sekä hoitomahdollisuuksista. Tutkimukseen valittiin ne neurologiset sairaudet, jotka tyypillisimmin näkyvät Salon aluesairaalan neurologian poliklinikalla. Tutkimuksen tutkimuslupa saatiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat kuvattiin tarkasti opinnäytetyön tutkimussuunnitelmassa. Suunnitelmassa kerrottiin, että kyselylomake jaetaan kaikille työikäisyyden (18-64 vuotta) ja suomenkielisyyden kriteerit täyttävälle Salon aluesairaalan neurologisille avopotilaille kolmen viikon aikana viikoilla 5-7 helmikuussa 2014. Kyselyyn vastaaminen tapahtui nimettömänä, eikä kyselyyn osallistuneiden henkilöllisyys tullut opinnäytetyön tekijöiden eikä hoitohenkilökunnan tietoon. Suunnitelmassa kuvattiin myös aineiston keruumenetelmä, analysointia sekä kyselylomakkeiden hävittäminen tutkimuksen jälkeen sekä tulosten julkaiseminen.

Monet rahoittajat edellyttävät tutkimuksen eettistä ennakoarviointia. Sen tarkoituksena on suojella tutkittavia ja varmistaa tutkijan oikeusturva. Tutkimus

ei saa aiheuttaa vahinkoa tai vaaraa tutkittavalle. Tutkittavan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja yksityisyydestä ja tietosuojasta on huolehdittava. (TENK 2012.)

Tämän tutkimuksen vastaajille jaettiin kyselylomakkeen kanssa samassa kirjekuoressa saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite, tarkoitus sekä se, että vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujilta ei erikseen kysytty halukkuutta osallistua kyselyyn, vaan vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemassa tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen validiteetti tarkasteltaessa arvioidaan, miten hyvin tutkimuksessa on kyetty mittaamaan sitä, mitä oli tarkoitus mitata ja kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä perusjoukkoon. (Hirsjärvi ym. 2010, 231-233.) Validiteetin täydellinen puuttuminen tekee tutkimuksesta mitättömän ja arvottoman. Tällöin tutkitaan aivan muuta asiaa kuin mitä yritetään tai mitä alun perin on ollut tarkoitustutkia. (KvantiMOTV 2011.) Yleistettäessä tuloksia on hyvä huomioda, kuinka tutkittava otos edustaa perusjoukkoa (Hirsjärvi ym. 2010, 231-233). Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. Tutkimusmenetelmän reliabiliteettia voidaan tarkastella yhdenmukaisuuden, tarkkuuden ja jatkuvuuden näkökulmista. Pyritään siis selvittämään johtuuko tulokset sattumasta vai pystytäänkö samalla mittarilla saamaan samanlaisia tuloksia. (KvantiMOTV 2011.)

Tämän opinnäytetyön otokseksi ei valittu tiettyä lukumäärää. Hoitohenkilökunnan kanssa keskusteltiin ennen kyselylomakkeiden jakoa, että kuinka monta potilasta neurologian poliklinikalla viikoilla 5-7 käy, jotka sopivat tutkimus kriteereihin. Hoitohenkilökunnan arvioin mukaan potilaita kävisi noin 30. Kyselylomakkeita vietiin 30, joista palautui 21 täytettynä ja kahdeksan tyhjänä eli yksi kirjekuori oli hävinnyt matkalla. Yksi vastauslomakkeista jouduttiin hylkäämään, joten analysointia varten saatiin 20 lomaketta. Näin ollen, jos otos on 30 ja vastaajien lukumäärä on 20 niin vastausprosentiksi tulee 67%.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäävät tutkimuksen erivaiheiden esittäminen tarkasti, konkreettisesti sekä lopullisten tulosten huolellinen perusteleminen. Tämä auttaa mittareiden ja aineiston uudelleen käyttöä. Mittarin uudiskäyttäjän on tärkeää selvittää ennen mittarin käyttöä, missä kyseessä olevaa mittaria on käytetty ja mikä on ollut alkuperäinen kohderyhmä. (KvantiMOTV 2011.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään esittämällä kaikki tutkimuksen vaiheet selkeästi ja tarkasti ja lopulliset tulokset esitettiin huolellisesti sekä perusteltiin saadut tulokset. Ennen mittarin käyttöä selvitimme, missä samaa mittaria on käytetty ja mikä oli kohderyhmä. Samaa mittaria oli aiemmin käytetty neljällä eri potilasryhmällä; diabetespotilailla, reumapotilailla, gastroenterologisilla sekä sydänpotilailla. (Kakko & Virta 2013; Aaltonen & Jantunen 2013; Malmi & Virtanen 2013; Lassila & Mäkinen 2013.) Käytettyä mittaria ei testattu eikä ennen edellisiäkään tutkimuksia tätä mittaria testattu ja se heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausaika oli lyhyt, vain kolme viikkoa. Jos vastausaika olisi ollut pidempi, olisi kyselylomake saavuttanut ehkä enemmän vastaajia ja tutkimuksesta olisi tullut luotettavampi. Poliklinikalla voi olla kerralla paljonkin ihmisiä ja vastaamis ympäristönä se voi olla huonompi kuin esimerkiksi koti. Kotona vastaamiseen olisi ollut enemmän aikaa käytettävissä, mutta sitten olisi tullut ongelmaksi kirjekuorien palautus. Poliklinikalla vastaajien mielenkiinto saattaa olla enemmän oman sairautensa hoitamisessa kuin kyselyyn vastaamisessa ja se saattaa aiheuttaa vain nopeasti ja hätiköidysti vastaamista.

Tutkimusongelmiin saatiin kyselyn avulla vastauksia ja nyt tiedetään millaista ohjausta potilaat haluavat ja voidaan edelleen kehittää nykypäinä potilasohjausta. Tuloksia voidaan yleistää kaikkiin kriteerit täyttämiin neurologian poliklinikalla käyviin potilaisiin ja potilasohjaukseen eri potilasryhmillä, sillä paljolti samankaltaisia vastauksia samalla mittarilla saivat myös Kakko & Virta (2013), Aaltonen & Jantunen (2013), Malmi & Virtanen (2013) sekä Lassila & Mäkinen (2013.)

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työikäiset (18-64 –vuotiaat) neurologiset avopotilaat saavat tarvitsemansa potilasohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoilla he haluaisivat sitä saada. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan neurologisten avopotilaiden potilasohjausta.

Tulosten avulla saatiin tietoa potilaiden käyttämistä tiedonsaanti- ja ohjausmenetelmistä. Tulosten perusteella potilaat olivat saaneet ohjausta pääsääntöisesti vastaanotolla suullisesti ja kirjallisesti, mutta myös melko paljon ohjausta oli saatu puhelimesta suullisesti, niin kuin myös Kakko & Virta (2013) ovat tutkimuksessaan todenneet. Tekstiviestiohjaus oli ollut vähäistä. Internetissä potilaat olivat eniten käyttäneet hakukoneita tiedonsaantiin. Tässä tutkimuksessa on saatu samanlaisia vastauksia kuin Lassila & Mäkinen (2013) eli vähiten käytettyjä tiedonsaantimenetelmiä olivat terveystaaliset, sosiaalinen media ja potilasyhdistysten web sivut.

Tulosten perusteella hämmästyttää aiheuttaa se, että potilaat haluavat nykypäivänäkin vielä mieluiten ohjausta perinteisesti suullisesti ja kirjallisesti. Kuitenkin nykypäivänä älypuhelimien ja internetin käyttö on yleistynyt, mutta tietoa niiden kautta ei ainakaan vielä haluta niin paljon. Potilaita saattaa pelottaa internet sekä älypuhelimet ja he saattavat mieltää, että parhaimman ja luotettavimman ohjauksen saa konkreettisesti kuuntelemassa tai lukemalla esimerkiksi hoitajalta saadusta oppaasta.

Tuloksista saatiin myös tietoa siitä, miten potilaat haluaisivat saada ohjausta ja tietoa sairaudestaan. Tutkimuksessa saadut tulokset olivat samankaltaisia Malmin & Virtasen (2013) tutkimuksen kanssa. Tulosten perusteella potilaat kaipaavat eniten suullista ja yksilöllistä ohjausta sekä paljon myös toivottiin kirjallista ohjausta terveydenhuollon yksiköiltä. Vähemmän toivottuina ohjausmenetelminä pidettiin ryhmäohjausta ja tekstiviestillä tapahtuvaa ohjausta. Pieni osa toivoi vertaistuki ryhmiä. Tutkimuksen mukaan internetistä toivottiin löytyvän eniten tietoa hakukoneiden kautta ja keskustelupalstoilta.

Nykyään sosiaalinen media on saanut suosiota paljon, mutta kuitenkin tulosten perusteella vastaajista suurin osa ei halua tietoa sairaudestaan sosiaalisen median kautta. Tuloksista voidaan päätellä, että nykyään potilaat haluavat edelleen perinteseesti henkilökohtaista ohjausta suullisesti sekä kirjallisesti, niin kuin Stenbäckin (2005) tutkimuksessakin käy ilmi, vaikka tutkimusten välillä on jopa yhdeksän vuotta.

Internetin hyödyntäminen potilasohjauksessa tulee varmasti lisääntymään ajanmyötä. Tällä hetkellä on jo käytössä potilaille tarkoitettu Käypä hoito – suosituksia ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepnaki, mutta niiden antamaa tietoa voisi laaja-alaista. Ohjeistuksista saatava tietoa voisi olla nykyistä yksityiskohtaisempaa. Hoitohenkilöstölle tarkoitetut ohjeistukset näkyvät potilaille ainakin osittain, mutta niissä käytetty sanasto on potilaille vierasta. Kaikille ei ole voimavaroja ”suomentaa” ohjeita. Potilasyhdistysten internet –sivuilla tieto on melko kattavaa, mutta joissakin melko vaikeasti löydettävissä. Sivujen tulisi olla selkeät ja helppo käyttöiset. Jylhän (2007) tutkimukseen mukaan internet on koettu hyvksi lisäksi palvelujärjestelmään. Älypuhelimiin voitaisiin myös keksiä uudenlainen sovellus, mistä potilaat saisisvat uusimman tiedon sairaudestaan ja joka olisi helppokäyttöinen ja helposti ladattavissa maksuttomasti. Potilasyhdistysten web –sivuja voisi vielä kehittää helpommin käytettäväksi ja helppo lukuisimmiksi. Sivuja kehittämällä saataisiin helpotettua poliklinikoiden kuormitusta ja vähennettyä mahdollisista turhia poliklinikka käyntejä. Poliklinikoilla voitaisiin antaa enemmän tietoa eri potilasohjausta mahdollisuuksista ja organisoida paremmin potilasohjausta, niin kuin Lippone & Kääriäinenkin (2006) tutkimuksessaan toteavat.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi syksyllä 2013. Aiheen valinta oli hankalaa, mutta aiheen löydyttyä työn tekeminen eteni melko nopeasti. Kirjallisuuskatsasta tehtäessä hankaluutena oli löytää tutkimukseen liittyvää aineistoa suomeksi. Tuloksia tarkasteltaessa huomattiin, että tiedonsaantimenetelmiä olisi ehkä voinut avata enemmän.

Tämän opinnäytetyn perusteella voidaan todeta, että potilaat haluavat edelleen potilasohjausta tutulla ja turvallisessa tavalla kasvotusten. Kiinnostus internetin

avulla annettavaa ohjausta kohtaan tulee todennäköisesti lisääntymään, kun tietotekniikan käyttö edelleen yleistyy. Sähköisesti annettavaa ohjausta tulee kehittää ja tulisi myös tutkia mitä tietoa sairaudestaan potilaat mieluiten haluaisivat sähköisesti.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. & Jantunen, T. 2013. Työikäisten reumapotilaiden ohjaus Salon aluesairaalan avohoidossa. Opinnäytetyö. Salo: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.10.2013.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65355/Ilona%20Aaltonen_Teija%20Jantunen.pdf?sequence.
- Atula, S. 2013. Parkinsonin tauti. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055.
- Hermanson, E. 2012. Neurologisten ongelmien seulonnat. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.4.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00606&p_haku=neurologisten%20ongelmien%20seulonnat.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- KvantiMOTV, 2011. Postikyselyaineiston laatiminen, Saatteiden laatiminen ja vastausprosentti. Viitattu 5.11.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html#saatteet>.
- Hintikka, S. 2012. MS-potilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.3.2014.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48887/Hintikka_Senja.pdf?sequence=1.
- Iivarinen, S. & Kokkinen, J. 2008. AVH-potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta neurologisella osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.10.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19048/jamk_1228132679_4.pdf?sequence=2.

Jylhä, V. 2007. Terveysthuollon verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro Gradu.Terveysthallinnon ja talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 25.10.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090005/urn_nbn_fi_uef-20090005.pdf.

Järveläine, H. 2011. AVH-potilaan kuntoutuminen Armilan sairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla –potilaan näkökulma. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Lappeenranta: Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.10.2013.http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38695/hanna_jarvelainen_2011.pdf?sequence=1.

Kakko, T. & Virta, A. 2013. Työikäisten diabeetikoiden potilasohjaus Salon aluesairaalan diabetespoliklinikalla. Opinnäytetyö. Salo: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.10.2013. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64444/Tuija_Kakko_Annastiina_Virta.pdf?sequence=1.

KvantimoTV, 2011. Postikyselyaineiston laatiminen, Saatteiden laatiminen ja vastausprosentti. Viitattu 5.11.2013. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

Kummel, M. & Projektiryhmä. 2012. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro). Turun ammattikorkeakoulu.

Kälviäinen, R. 2010. Aikuinen ja epilepsia. Epilepsialiitto. Viitattu 12.1.2014. http://www.epilepsia.fi/epilepsialiitto/epilepsialiiton_ajankohtaista/tietoa_epilepsiaasta/aikuisen_epilepsia.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Opinnäytetyö: Väitöskirja.Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 4.11.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Lassila, P. & Mäkinen, R. 2013. Salo aluesairaalan gastroenterologisen potilaan potilasohjaus. Opinnäytetyö. Salo: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.2.2014.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61130/Lassila_Makinen.pdf?sequence=1.

Lipponen, K., Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pro Gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnolaiton. Oulun yliopisto. Viitattu 23.10.2013.

https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Malmi, K. & Virtanen, T-M. 2013. Kardiologisen potilaan potilasohjaus Salo aluesairaalan poliklinikalla. Opinnäytetyö. Salo: Turun ammattikorkeakoulu.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64369/Malmi_Kirsi_Virtanen_Tiina.pdf..pdf?sequence=1.

Migreeni (Online). Käypä hoito –suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Viitattu 14.2.2014. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi.

MS-tauti (Online). Käypä hoito –suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Viitattu 14.2.2014. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus –hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja -lehti 10/2006. Viitattu 4.11.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/

Parkinsonin tauti (Online). Käypä hoito –suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Viitattu 14.2.2014. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi.

Pekkarinen, T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suome Lääkärilehti 11/2007 vsk 62, verkkojulkaisu. Viitattu 24.4.2014.

<http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL113007-1103.pdf>.

RuRuutiainen, J. & Tienari, P. 2006. Ms-tauti ja muut demyelinaatiosairaudet. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen Parkinson-liitto Ry. 2013. Sairausryhmät. Parkinsonintauti. Viitattu 14.2.2014. <http://www.parkinson.fi/sairausryhm%C3%A4t/parkinsonin-tauti>.

Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Pro Gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

TENK. 2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvän tieteellisen käytännön ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 1.4. 2014. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Valtari, M. 2006. SPSS-perusteet. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 14.4.2014. <http://www.helsinki.fi/~komulain/Tilastokirjat/04.%20Valtari-Spss-opas.pdf>.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Johanna Kujala, Elina Mäki
Osoite Isännänkatu 5a2, 20780 Kaarina
Puhelin koti 040 5962447 Puhelin työ _____
Sähköposti johanna.kujala@gmail.com
Koulutusohjelma Hoitotyö

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Neurologisen ^{avo}potilaan ohjausmenetelmät
Salon aluesairaala
HOI PRO Hanke

Aikataulu

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon aluesairaala
Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Anne Hedman
Osoite Sairaalantie 9, 24130 Salo
Puhelin 02 3144000 Sähköposti anne.hedman@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen Tiina Pelander
Puhelin 044 9075494 Sähköposti 044 9075486
sirpa.nikunen@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu

Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

11 / 9 20 13

2 / 10 20 13

Johanna Kyyrik

Opiskelija

Antti Heik

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA ☐

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Vastatkaa jokaiseen alla olevaan väittämään ympäröimällä sitä parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto tai vastatkaa omin sanoin sille varattuun tilaan.

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Sukupuoli</u> | 1. nainen |
| | 2. mies |
| 2. <u>Ikä</u> | _____ vuotta |
| 3. <u>Koulutus</u> | 1. ei ammattikoulutusta |
| | 2. kouluasteen ammattitutkinto |
| | 3. opistoasteen ammattitutkinto |
| | 4. korkeakoulututkinto |

Mistä olette saaneet/hakeneet tietoa sairauteenne liittyen?

(asteikolla 1-5; 1=ei lainkaan, 2= vähän, 3= melko paljon, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Olen hakenut tietoa internetistä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. Hakukoneista, esim. Google, muut hakukoneet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Keskustelupalstoilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Terveysportaaaleista, esim. Terveyskirjasto.fi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Potilasyhdistysten web-sivuilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sosiaalisesta mediasta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Olen saanut tietoa terveydenhuollon yksiköstä

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 9. Yksilöllistä ohjausta suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kirjallista materiaalia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ryhmäohjausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Sähköisesti, esim. sähköpostitse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Puhelimitse suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Puhelimitse tekstiviestillä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Potilasyhdistyksistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Vertaistukiryhmistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Miten haluaisitte saada potilasohjausta sairauteenne liittyen?**Hakemalla tietoa internetistä**

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17. Hakukoneista, esim. Google, muut hakukoneet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Keskustelupalstoilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Terveysportaaleilta, esim. Terveysportti.fi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Potilasyhdistysten web-sivuilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sosiaalisesta mediasta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Terveydenhuollon yksiköstä

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 22. Yksilöllistä ohjausta suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kirjallista materiaalia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ryhmäohjausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sähköisesti, esim. sähköpostitse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Puhelimitse suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Puhelimitse tekstiviestillä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Potilasyhdistyksistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Vertaistukiryhmistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Haluaisitteko saada sairauteenne liittyvää ohjausta muulla tavoin, kuin kyselyssä mainituilla?

Lämmin kiitos vastauksestanne!

Yhteistyöterveisin, sairaanhoitajaopiskelijat

Johanna Kujala

Elina Mäki

Saatekirje

Olemme kaksi Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötämme varten kyselyä neurologisen sairauden omaaville potilasohjauksesta. Tarkoitus on selvittää, miten Te olette saaneet ohjausta ja millaisilla keinoilla haluaisitte saada ohjausta sairauteenne liittyen. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään potilasohjauksen kehittämisessä. Olette valikoituneet kyselylomakkeen saajiksi suomenkielisyyden ja iän vuoksi. Teidän vastauksenne on meille erittäin tärkeä, jotta tämänhetkinen tilanne saadaan kartoitettua. Tämä opinnäytetyö on saanut tutkimusluvan ja noudattaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuskäytännön ohjeita.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä vastauksenne tule Teitä hoitaneen yksikön tietoon, eikä Teidän henkilöllisyyttänne voida tunnistaa. Vastauksenne analysoidaan tietokoneohjelman avulla ja opinnäytetyön tulokset raportoidaan Turun Ammattikorkeakoulussa huhtikuussa 2014. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen ja opinnäytetyön valmistuttua lomakkeet hävitetään. Pyydämme Teitä palauttamaan lomakkeen poliklinikalla olevaan palautuslaatikkoon.

Kiitos osallistumisestanne!

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne!

Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Johanna Kujala

Elina Mäki

Opinnäytetyön ohjaajat

Tiina Pelander

Sirpa Nikunen

VSSHP/Hallintokeskus

4.12.2013

Päätös J4/4.12./T226

TUTKIMUSLUPA
(Toimintasääntö § 15)

Tutkimuksen numero: J4/4.12./T226


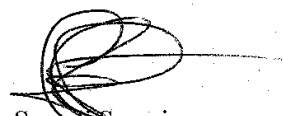
Tutkimuksen nimi: *Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön
kehittämisprojekti 2009–2015*

Tutkimuksen ajoitus 2014

Vastuullinen tutkija: Maika Kummel lehtori, FT (Turku AMK)
Opinnäytetyön suorittavat sairaanhoitaja opiskelijat
Turun ja Salon ammattikorkeakouluista

Tutkittavien lukumäärä: noin 840

Myönnän luvan yllä mainittuun tutkimukseen VSSHP:ssä. Edellytän, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.


Päivi Nygren
hallintoylihoitaja
Samuli Saarni
johtajaylilääkäri

JAKELU Vastuullinen tutkija
Opinnäytetyön tekijä
TurkuCRC
Hoitotyön toimisto

Henkilökunnan tiedote

Teemme opinnäytetyötämme neurologisen potilasryhmän tiedonhakumenetelmistä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Salon aluesairaalan työikäiset (18- 64-vuotiaat) neurologiset avopotilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoilla he haluaisivat sitä saada. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää neurologisen avopotilaan potilasohjausta.

Tämä poliklinikka osallistuu tutkimuksen tekoon. Alla ovat ohjeet kyselomakkeiden jakoon.

Tutkimukseen osallistumiskriteerit

- Suomenkielisyys
- 18-64 -vuoden ikä
- Sellainen vointi, että pystyy vastaamaan kyselyyn itse tai omaisen avustamana

Kyselylomakkeiden jakaminen

- Kyselylomake saatekirjeineen annetaan kaikille poliklinikalla viikoilla 5-7 käyville potilaille. Potilas vastaa lomakkeeseen omalla ajallaan tai ollessaan poliklinikalla ja palauttaa lomakkeen poliklinikalla sijaitsevaan palautuslaatikkoon 28.2.2014 mennessä. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.
- Kyselylomakkeen jakaminen vie henkilökunnalta aikaa alle kolme minuuttia.

Lisätietoja tutkimukseen liittyen:

- Hoitotyön opiskelijat Johanna Kujala ja Elina Mäki
- Ohjaajina lehtorit: TtT Tiina Pelander ja THM Sirpa Nikunen

